

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THESE

POUR

288

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

POIRIER-GURVAL LOUIS

Né le 1^{er} Janvier 1897, à Rochefort-en Terre (Morbihan)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PAROTIDITES

AU COURS DE L'APPENDICITE

Président : M. Pierre DUVAL, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1924

889

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

1 Poirier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THESE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

POIRIER-GURVAL LOUIS

Né le 1^{er} Janvier 1897, à Rochefort-en-Terre (Morbihan)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PAROTIDITES
AU COURS DE L'APPENDICITE

Président : M. Pierre DUVAL, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1924

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	Ch. RICHET.
Physique médicale.	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	LETULLE.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	RICHAUD.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER.
Clinique médicale.	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	De LAPERSONNE
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J -L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique podologique.	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale	LABBÉ (Henri) . .	Chimie biologique.
ALGLAVE	Pathologie chirurgi- cale.	LARDENNOIS . . .	Pathologie chirurgi- cale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	LE LORIER	Obstétrique.
BASSET	Pathologie chirurgi- cale.	LEMAITRE	Oto-rhino-laryngolo- gie.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.	LEMIERRE	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.	LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.	LHERMITTE	Pathologie mentale.
BRANCA	Histologie.	LIAN	Pathologie médicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.	MATHIEU	Pathologie chirurgi- cale.
BUSQUET	Pharmacologie et ma- tière médicale.	METZGER	Obstétrique.
CADENAT	Pathologie chirurgi- cale.	MOCQUOT	Pathologie chirurgi- cale.
CHAMPY	Histologie.	MONDOR	Pathologie chirurgi- cale.
CHIRAY	Pathologie médicale.	MOURE	Pathologie chirurgi- cale.
CLERC	Pathologie médicale.	MULON	Histologie.
DEBRÉ	Hygiène.	PHILIBERT	Bactériologie.
I. de JONG	Anatomie pathologi- que.	RIBIERRE	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.	RICHET Fils	Physiologie.
ÉCALLE	Obstétrique.	ROUVIÈRE	Anatomie.
FIESSINGER	Pathologie médicale.	STROHL	Physique médicale.
FOIX	Pathologie médicale.	TANON	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expéri- mentale.	TIFFENEAU	Pharmacologie et ma- tière médicale.
HARVIER	Pathologie médicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Urologie.	VERNE	Histologie.
HOVELACQUE	Anatomie.	VILLARET	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.	WELTER	Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
CAMUS	Physiologie.	RETTERER	Histologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.	ROUSSY	Anatomie pathologi- que.
GUÉNIOT	Obstétrique.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE. . .	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU.	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. . .	Clinique médicale.	RATHERY.	Clinique médicale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ.	Clinique chirurgicale.
LÉRI.	Clinique médicale.	TERRIEN.	Clinique ophtalmologique.
LÖPER.	Clinique médicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
N.		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD.		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR GURVAL-POIRIER

*qui m'a toujours montré l'exemple
du travail et du dévouement.*

A MA MÈRE

Hommage de Piété filiale.

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MES BEAUX-PARENTS

MEIS ET AMICIS

A NOS MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HÔPITAUX DE NANTES

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. JOUON

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DES MALADIES CHIRURGICALES
DES ENFANTS A LA FACULTÉ DE PARIS

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE NANTES

PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

PROFESSEUR DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL VAUGIRARD

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Introduction

Il nous a été donné, dans le cours de nos études médicales, d'observer un grand nombre de malades atteints d'appendicite sous toutes les formes que peut présenter cette affection.

Depuis l'époque déjà lointaine où les chirurgiens américains, Sands, Lewis, Cabot, de 1886 à 1892, reconnurent que dans la typhlite les lésions de l'appendice sont constantes et primitives, cette maladie, suscitant un engouement qu'expliquait sa fréquence, a été l'objet de nombreux travaux et de nombreuses discussions.

Beaucoup d'auteurs, et non des moindres, s'en sont occupé. Il semblerait donc au premier abord un peu superflu, sinon téméraire, de traiter dans ce modeste travail, qui doit couronner la fin de nos études médicales, un sujet s'y rapportant.

Nous l'avons cependant fait, conseillé dans cette entreprise par notre Maître, le Docteur Joüon, professeur à l'Ecole de Médecine, chirurgien des Hôpitaux de Nantes, qui a bien voulu nous communiquer deux observations de parotidites au cours d'appendicites aiguës. Pour cette nouvelle marque de sympathie et pour ses conseils qui nous ont guidé dans la rédaction de ce travail, nous le

prions d'agréer ici l'hommage de notre respectueuse gratitude.

Il nous reste, au surplus, avant d'aborder l'étude de notre sujet, à remplir une bien douce obligation : celle d'adresser tous nos remerciements et dire toute notre reconnaissance à nos Maîtres des Hôpitaux de Nantes qui, au cours de nos études, nous ont éclairé de leurs conseils et guidé de leur expérience.

En acceptant la présidence de notre thèse, Monsieur le Professeur Pierre Duval nous a fait un honneur dont nous sommes fiers ; qu'il nous permette de lui adresser l'expression de notre profond respect.

Avant-Propos

Les Parotidites secondaires se rencontrent comme complications d'états complexes où plusieurs éléments étiologiques se combinent et jouent leur rôle d'une façon associée.

Dans ces cas particuliers de parotidites secondaires aux appendicites, il y a un facteur dont il importe de tenir un grand compte : c'est le fait de pouvoir trouver dans l'infection appendiculaire le point de départ d'un état infectieux dont la parotidite serait une des manifestations.

Nous faisons cette restriction pour éliminer du cadre de cette étude les phlegmasies parotidiennes survenant après les appendicectomies à froid. Ces parotidites appartiennent à l'histoire des parotidites post-opératoires qui ont été l'objet de nombreux travaux. Il peut paraître, *a priori*, tendancieux de poser en principe que la parotidite post-opératoire est nettement distincte de celle qui serait secondaire à une infection quelconque. Plusieurs observations que nous rapportons plus loin ne nous permettent pas d'établir nettement cette distinction.

L'existence d'une infection avérée chez un malade, que cette infection soit antérieure ou postérieure à l'opération, n'implique pas que la parotidite lui soit secondaire. Le processus parotidique peut évoluer pour son propre compte. Toute une gamme de transitions se rencontre,

depuis la parotidite qui succède à une ovariectomie jusqu'à celle que détermine une dothiénenterie ou celle qui apparaît au cours d'une septico-pyohémie puerpérale.

Si une parotidite succède à l'extirpation d'un appendice gangrené, à l'incision d'un abcès péri-appendiculaire, n'est-il pas légitime de rattacher son éclosion à une infection née dans cet appendice ? Mais, d'un autre côté, la cause occasionnelle n'a-t-elle pas été l'intervention ?

Au cours d'une longue discussion, où fut abordée toute l'histoire des parotidites à la Société de Chirurgie en 1907, discussion ayant eu pour point de départ une observation de Morestin, le Professeur Delbet refuse toute influence aussi bien à l'intervention chirurgicale qu'à l'infection antérieure. Toutes les parotidites seraient donc spontanées. M. Picqué, au contraire, fait justement remarquer que ces parotidites spontanées sont rares et croit qu'elles sont le plus souvent liées à une infection générale préexistante. C'est également l'opinion de M. Potherat.

Du reste, à quelque cause qu'elles se rattachent, toutes ces parotidites comportent des considérations cliniques et pathogéniques semblables et, si nous nous sommes permis cette digression, c'est moins pour établir un point de nosologie que pour justifier notre point de vue de considérer ces parotidites comme des complications réelles de l'appendicite.

Après un court exposé historique, nous traiterons plus longuement le chapitre important de la pathogénie, nous occupant ensuite de la symptomatologie, des complications, du pronostic et du traitement de ces parotidites. Enfin, nous rapporterons à la fin de ce travail les observations sur lesquelles repose cette brève étude.

Historique

Si l'appendicite peut donner naissance à des abcès distincts du foyer appendiculaire, mais situés dans son voisinage immédiat, dont la pathogénie a facilement découvert le mode de développement, il n'est pas douteux, et c'est l'opinion de Dieulafoy, de Piard dans sa thèse (Sur les suppurations à distance dans l'appendicite), qu'il puisse exister d'autres abcès indépendants en apparence de l'appendice, constituant des foyers secondaires qui semblent n'avoir aucune connexion anatomique avec le foyer initial, des « foyers erratiques », suivant l'expression de Tuffier.

La parotidite vient rarement compliquer une appendicite aiguë. Parmi les infections à distance, elle occupe probablement le dernier rang. Sans doute est-ce pour cette raison et pour celle de leur peu d'importance, qui ne permet de les considérer que comme un épiphénomène au cours de la maladie primitive, que la plupart des auteurs soient restés muets sur leur existence.

Les traités classiques, des ouvrages entiers consacrés à l'appendicite (Bérard et Vignard), Dieulafoy dans ses nombreuses cliniques, ne signalent même pas cette coïn-

cidence et le rapport de causalité pouvant exister entre ces deux affections.

Signalées par Achard (Société médico-chirurgicale des Hôpitaux, 1894), par Roux (de Lausanne) qui aurait observé plusieurs cas de parotidites survenant quarante-huit heures après le début des accidents péritonéaux, elles ont été l'objet de quelques communications aux diverses Sociétés médico-chirurgicales. Routier (Soc. de Chirurgie, 1895), Broca, Reboul (Soc. de Chirurgie, 1903), Paul Claisse en 1899, Bunts, Schwartz dans la thèse de Boursert (1903), en rapportent des observations.

Ce sont là des cas épars que leurs observateurs n'ont guère fait que signaler sans entrer dans une étude plus approfondie. Nous avons plus haut envisagé les raisons probables de cette abstention.

Cependant Siredey, à la Société Médicale des Hôpitaux, en 1915, au cours d'une discussion sur les parotidites dans la fièvre typhoïde, estime qu'elles sont plus fréquentes dans l'appendicite que dans la dothiéntenterie et les aurait rencontrées plusieurs fois dans des crises d'appendicite aiguë, même dans les formes bénignes.

Nous enregistrons cette opinion sans la discuter ; peut-être est-elle le résultat du hasard, car nous ne pouvons croire qu'une telle fréquence n'aurait pas frappé l'attention des chirurgiens qui voient et opèrent journellement des appendicites.

Pathogénie

Tous les auteurs qui ont étudié les parotidites ont considéré comme le point le plus intéressant de cette question l'étude du processus pathogénique. C'est celui qui a fixé le plus leurs recherches et a mis en jeu les richesses de leur sagacité et quelquefois même de leur imagination.

De nombreuses théories ont été édifiées. Certaines que nous signalerons tout d'abord sans nous y arrêter ne retiennent surtout l'attention que par l'autorité de ceux qui les ont émises.

THÉORIE DE L'HYPERTHERMIE (Liebermeister). — La dégénérescence glandulaire serait due à un état hyperthermique.

THÉORIE DE LA DÉCHARGE MICROBIENNE (Bouchard). — Ce n'est que l'application d'une loi de pathologie générale, d'après laquelle les maladies infectieuses à leur déclin peuvent provoquer au niveau des soupapes glandulaires des décharges microbiennes favorables à l'organisme, mais nuisibles à ces soupapes.

THÉORIE DE LA PROPAGATION LYMPHATIQUE (Bouillaud). — Peut expliquer certaines parotidites succédant à une infection des territoires ayant pour relais lymphatique les ganglions intra-parotidiens.

Il nous reste à étudier deux voies d'infection importantes :

1^{re} voie. — Le canal de Sténon, infection canaliculaire, encore appelée voie ascendante.

2^e voie. — Invasion microbienne par voie sanguine, voie descendante ou voie périphérique.

Dans les cas qui nous occupent, la glande s'infecte-t-elle par les deux voies ou exclusivement par l'une d'elles ?

Quel est le mode d'infection le plus fréquent ?

1^{re} voie. — L'infection par voie ascendante a rallié de nombreux partisans. Il était naturel que des observateurs attentifs, se trouvant en présence d'un organe normalement aseptique comme l'est une glande parotide et dont la voie d'excrétion débouche dans un milieu toujours septique, fussent frappés de la possibilité d'infection du parenchyme glandulaire par cette voie d'évacuation, les microorganismes de la bouche remontant le cours de la salive.

En 1873, Crocq (de Bruxelles) affirmait que, dans le cas de parotidite, c'est toujours par propagation « du catarrhe de la cavité buccale à la glande par le canal de Sténon que se faisait l'infection ». Girode, en 1894, nous dit que dans toutes les parotidites qu'il lui a été donné de suivre, la nature bactérienne de l'affection salivaire n'avait rien de commun avec la maladie primitive ; mais ce qui n'avait jamais manqué, c'était l'existence de lésions buccales.

A leur tour, Claisse et Dupré (1894) concluent d'une série d'expériences que l'infection par voie ascendante

répond à l'immense majorité des faits. Bucknall (de Londres) rapporte douze cas personnels de parotidites secondaires et les attribue toutes à ce mode d'infection.

Pourquoi la glande se laisse-t-elle, dans des conditions déterminées, envahir par les microbes de la cavité buccale ? Quels sont d'abord les moyens de défense dont elle dispose pour s'opposer à ce reflux microbien ?

Un premier obstacle provient du mode d'abouchement du canal de Sténon dans la bouche. Outre la notable diminution de calibre qu'il présente à sa partie terminale, le Sténon s'abouche à la muqueuse buccale d'une façon oblique, comme le fait l'uretère dans la vessie, le cholédoque dans l'intestin. Mais l'obstacle principal, c'est la sécrétion salivaire. Cette sécrétion est continue, mais augmente dans de grandes proportions à l'occasion de la prise d'aliments et de la mastication. Elle réalise alors une véritable chasse salivaire qui balaie les voies d'excrétion et s'oppose par là même aux migrations ascendantes des bactéries buccales. On a voulu également prêter à la salive un rôle antiseptique qu'elle devrait à la présence des sulfocyanates ; en réalité, ces sels ne sont antiseptiques qu'à dose toxique et ne paraissent même pas atténuer la virulence des germes microbiens (Hugonnencq, Morel). La salive n'a pas un rôle d'attaque, mais un rôle de défense.

Dans certains états pathologiques, ces moyens de défense se trouvent en défaut et l'équilibre physiologique qui existe normalement entre le parenchyme glandulaire et le milieu buccal est rompu.

Dans les appendicites aiguës, en particulier, et nous

revenons à notre sujet dont nous nous sommes écartés pour envisager quelques considérations générales, nous trouvons des conditions d'ordre local et général qui favorisent l'infection de la parotide.

Le P^r Legueu (Soc. chirurgie, 1907) mettait en relief dans l'étiologie des parotidites la suppression de l'alimentation solide et, par conséquent, de la mastication, point de départ de la sécrétion parotidienne. Un autre facteur important est la déshydratation que subit le malade. Le P^r Legueu et son élève Morel ont pu provoquer des parotidites chez les chiens en leur supprimant toute nourriture et en les soumettant à l'influence de l'atropine.

Or, au cours de l'appendicite, une des premières prescriptions médicales est l'interdiction absolue de tout aliment solide. Les saïburres abondantes qui recouvrent la langue, la sécheresse de la cavité buccale offrent aux microbes un milieu des plus favorables à leur développement et à l'exaltation de leur virulence. Fréquemment (Obs. IV) il existe des lésions de stomatite et de gingivite. Toutes les conditions sur lesquelles les expérimentateurs ont insisté et qui jouent un rôle important dans l'apparition des infections parotidiennes se trouvent réalisées et il n'est pas surprenant de voir l'éclosion de ces accidents. D'autre part, on ne saurait oublier de faire entrer en ligne de compte l'état infectieux du malade en pleine crise d'appendicite, état infectieux qui met l'organisme en état de moindre résistance et favorise le développement d'une infection secondaire.

Cette théorie de l'envahissement microbien de la glande par voie canaliculaire, admise comme explication

pathogénique dans la plupart des parotidites survenues au cours du typhus et de la dothiéntenterie, conserve la même valeur dans les parotidites de l'appendicite. Elle est valable dans la plupart des observations que nous rapportons.

L'examen bactériologique lui-même, quand il a pu être fait, fournit à cette théorie un argument sérieux. Le microbe en cause le plus fréquemment rencontré est le staphylocoque, hôte normal de la bouche, et qui par contre n'est pour ainsi dire jamais le responsable dans l'inflammation de l'appendice. Les cas rapportés par Bunts (Obs. IX) et Pellé (Obs. XIII), qui révèlent du colibacille dans l'abcès appendiculaire et du staphylocoque dans le pus parotidien, ne peuvent s'expliquer qu'en invoquant cette théorie de l'infection ascendante. S'il y avait eu métastase pyohémique, la parotidite aurait été, comme l'appendicite, produite par le colibacille.

2^e voie. — *Invasion microbienne par voie sanguine.* — Ce mode d'infection de la glande n'a pas rallié les suffrages du précédent. Tous les auteurs ont adopté l'opinion formulée par Claisse et Dupré dans leurs travaux sur les infections salivaires, concluant : « que l'infection hématogène de la glande doit être tenue pour discutable, et qu'elle demeure en somme une voie de contamination exceptionnelle ». Le P^r Legueu va encore plus loin et pense qu'il n'existe pas de parotidites d'origine périphérique ; toutes, même les parotidites dites métastatiques survenant au cours d'une infection grave, seraient d'origine buccale.

En contradiction avec ces opinions trop exclusives,

Teebs (1904) publiait plusieurs cas de parotidites secondaires et les attribuait toutes à une infection d'origine sanguine. M. Potherat admet également l'influence de l'infection générale.

Cette infection de tout l'organisme par un foyer d'appendicite peut-elle exister ? Nous n'en doutons pas et la constatation de suppurations pulmonaires, pleurales, hépatiques, des observations d'endocardite (Tuffier, Schwartz) et d'abcès cérébraux nous édifient sur sa possibilité. Pourquoi, dès lors, dans ces cas où l'infection de la parotide coïncide avec celle d'autres organes (Obs. V), ne pas lui accorder le même processus pathogénique qu'à ces complications ?

Un autre facteur a été invoqué en faveur de l'infection par voie descendante : c'est le fait clinique que l'expression de la glande ne ramène pas de pus par le canal de Sténon. Dans l'observation III (Roux), l'examen bactériologique, en décelant les mêmes germes dans l'abcès parotidien et l'abcès appendiculaire, fournit une preuve sérieuse à l'infection par voie sanguine.

Cette théorie pyohémique n'est pas à l'abri de toute critique ; souvent la parotidite est la seule manifestation de la pyohémie supposée ; or la règle est la présence de foyers métastatiques multiples et, d'autre part, les localisations parotidiennes au cours d'une septicémie sont assez rares.

Néanmoins, nous admettons la possibilité d'infection de la glande par voie sanguine ; moins fréquente que la voie canaliculaire, elle doit être retenue dans un certain nombre de cas.

Symptomatologie

Les symptômes observés au fur et à mesure de l'évolution d'une parotidite compliquant une appendicite ne sont pas toujours aussi nettement caractérisés que ceux qui accompagnent une inflammation franche, primitive de la glande.

Quand l'affection apparaît au cours d'une appendicite grave, son début est marqué par les symptômes propres de la maladie à laquelle elle se surajoute. La parotidite s'annonce généralement par l'un des trois signes : fièvre, douleurs, gonflement.

La fièvre est variable, l'élévation brusque de la température est surtout nette lorsqu'il existe entre la crise appendiculaire et l'apparition de la parotidite un stade d'apyrexie ; elle peut atteindre 39° et même 40° .

La douleur se manifeste au repos et à l'occasion des mouvements. Au repos, c'est une sensation de gêne, de tension en tous points comparable à celle que détermine la formation d'un abcès en un point quelconque de l'organisme. La mastication, la déglutition exacerbent cette douleur qui peut présenter des irradiations diverses et une intensité telle qu'elle enlève tout repos au malade.

Mais parfois, étant donné l'adynamie dans laquelle est

plongé le malade, son attention ou celle de son entourage n'est attirée que par le gonflement de la région parotidienne. Cette tuméfaction est diffuse, souvent très développée, donnant à la face, dans le cas de parotidites bilatérales, l'aspect d'un masque hideux (face en pleine lune). L'œdème s'étend fréquemment à toute une moitié du visage, remontant jusqu'à l'œil et s'accompagnant d'œdème des paupières et de chémosis. Les téguments sont le siège d'une rougeur érythémateuse, la peau est chaude, luisante, vernissée et adhère aux plans profonds. La pression est très douloureuse. Il est rare qu'on puisse y percevoir de la fluctuation ; le pus est disséminé, réparti en petits foyers multiples au milieu des tissus infiltrés, bridé au dehors par une aponévrose épaisse et résistante. On a justement comparé ces petits foyers nombreux et juxtaposés aux alvéoles d'un rayon de miel. Quand elle existe, cette fluctuation est un symptôme tardif qu'il faut savoir ne pas attendre.

Les symptômes fonctionnels, souvent très marqués, consistent en dysphagie, constriction des mâchoires et gêne de la mastication.

L'examen de la bouche peut déceler, outre des lésions de stomatite et de gingivite, un orifice du canal de Sténon rouge, œdémateux. Souvent le massage et la compression de la glande y font sourdre quelques gouttelettes de pus.

L'intensité de ces symptômes varie suivant les formes cliniques de la maladie. On peut en considérer trois groupes :

a) *Formes légères. Parotidites catarrhales ou inflam-*

matoires simples. — Formes transitoires et affectant des allures plus congestives que phlegmasiques.

b) *Parotidites suppurées.* — Dont le tableau clinique correspond à celui que nous venons de tracer.

c) *Parotidites gangréneuses.* — Forme plus rare et plus grave. Ici, la peau d'un rouge violacé se perfore en plusieurs endroits, livrant issue à des lambeaux grisâtres de tissus sphacelés. Dans ces formes sévères, la température n'est pas très élevée; mais le pouls est rapide, mal frappé et l'état général profondément altéré.

Marche - Complications - Pronostic

Unilatérale dans la grande majorité des observations, l'infection s'étend fréquemment aux deux glandes. Comme dans les oreillons, la deuxième parotide se prend trente-six ou quarante-huit heures après la première. Il est assez curieux de constater, lors de l'atteinte des deux parotides, que très souvent leurs types anatomo-cliniques sont différents. L'une d'elles évolue vers la suppuration, l'autre reste tuméfiée sans donner lieu à aucun écoulement de pus.

Les complications locales sont assez fréquentes. Les organes contenus dans la loge parotidienne sont exposés à être comprimés ou altérés par le pus sous tension. La circulation veineuse est plus ou moins entravée ; il en résulte une dilatation des veines superficielles. Cette gêne circulatoire joue un rôle important dans la production de ces œdèmes étendus dont nous avons parlé à propos de la symptomatologie. Le nerf facial, dont les rameaux traversent la parotide en s'étalant en éventail, est bien placé pour subir le contre-coup des changements de volume, de consistance et de tension de la glande. Dans

la plupart des cas, les phénomènes parétiques qui en résultent sont transitoires et cessent après la mise en liberté du pus. Quand il s'agit d'inflammation gangréneuse, le facial peut être détruit. La déviation du visage est alors définitive. Le conduit auditif externe (Obs. XVI) peut être atteint par le processus infectieux. Les fusées purulentes sont assez fréquentes, elles peuvent gagner la région pharyngienne donnant lieu à une variété spéciale d'abcès rétro-pharyngiens. Dans l'observation I, due à de Cereuville, une propagation du pus vers le larynx nécessita même la trachéotomie.

En parcourant les études antérieures faites sur les parotidites évoluant au cours de la fièvre typhoïde, de la pneumonie, de la variole, on constate que cette complication entraîne un pronostic des plus graves ; surtout pour ces parotidites acritiques des vieux auteurs, qui surviennent aux premiers jours d'une de ces maladies. « Elles exercent, disent-ils, un contre-coup sur la maladie qui les a engendrées et l'aggravent encore. »

Dans l'appendicite, il ne semble pas que cette complication comporte un arrêt aussi sévère. Il est bien difficile d'établir une formule générale de pronostic satisfaisante, puisque d'une part l'infection, la virulence des germes pathogènes, d'autre part la diminution de la résistance organique varient dans des limites considérables. Jalaquier estime que l'apparition d'une parotidite au cours d'une appendicite n'est pas grave ; tous les cas qu'il aurait observés ont guéri. En se basant sur les observations que nous rapportons, nous pouvons adopter cette opinion. Le pronostic dépend de l'intensité de l'appen-

dicite ; l'existence de la suppuration parotidienne ne vient que dans une faible mesure augmenter les dangers que la maladie primitive fait courir au malade. Pour cette raison on peut tenir compte du processus étiologique et pathogénique. Quand la parotidite est la manifestation d'une infection généralisée, le pronostic sera très réservé.

Traitement

En étudiant la pathogénie des parotidites, nous avons vu que très souvent le point de départ de l'infection de la glande siège dans la cavité buccale. Dans l'appendicite, comme dans nombre d'infections, se trouve rempli un ensemble de conditions qui s'associent, d'une part pour exagérer le microbisme buccal et sa virulence, d'autre part pour annihiler ou tout au moins réduire dans de fortes proportions les moyens de défense mis par la nature à la disposition de la parotide. De là, la nécessité de la mise en pratique d'une série de mesures prophylactiques ayant pour but :

1° D'atténuer, dans la mesure du possible, la virulence du milieu buccal ;

2° De stimuler l'action défensive de la glande.

On remplira la première indication en débarrassant mécaniquement, par le brossage, les dents des produits qui peuvent y adhérer, en rinçant plusieurs fois par jour la bouche du malade avec des solutions antiseptiques. Bien entendu, il ne faut pas recourir à des antiseptiques forts et irritants qui pourraient créer des lésions chimiques redoublant les chances d'infection. Ces lavages seront faits, par exemple, avec des solutions faibles d'acide borique, d'hydrate de chloral ou d'eau oxygénée.

Pour se conformer à la deuxième indication, on s'efforcera de stimuler la sécrétion salivaire. L'obligation de mettre dans toute appendicite le malade à la diète absolue autorise l'emploi, pour lutter contre la déshydratation, du sérum artificiel administré par voie rectale ou hypodermique. Cet apport d'une solution saline dans le milieu intérieur est, comme l'ont montré Laugley et Fletcher, très favorable à l'élaboration de la salive. On peut aussi, comme le recommande Morel, engager le malade à répéter quelques exercices de gymnastique masticatoire sur une petite pièce de caoutchouc stérilisée.

Malgré ces mesures préventives, la parotidite peut se déclarer et il sera nécessaire de recourir à un traitement actif. Peut-être, si le sujet est assez vigoureux, si les symptômes généraux sont peu alarmants, est-il permis pendant les quelques heures qui suivent le début des accidents d'essayer la méthode résolutive. Mais, il ne faut pas s'exposer à perdre ainsi un temps précieux.

Quant la parotidite évolue vers la suppuration, deux méthodes sont de mise :

a) Expression de la glande provoquant l'évacuation du pus formé dans son épaisseur par le drain naturel que constitue le canal de Sténon ;

b) L'incision.

Le massage de la glande et du Sténon n'est pas une manœuvre récente. Piorry l'employait déjà. Malfilatre en rapporte des exemples dans sa thèse en 1864. Ce traitement fut surtout mis en valeur par la communication de Morestin à la Société de Chirurgie en 1907. Plusieurs

de ses collègues (Delbet, Hartmann, Walther) s'associeraient aux vues exprimées par Morestin. Cette expression, à condition de porter non seulement sur le canal de Sténon mais sur la glande entière, donnerait d'excellents résultats et aurait permis dans certains cas de parotidites intenses d'éviter l'emploi du bistouri.

Ce traitement, dont nous reconnaissons la valeur dans certaines infections limitées au canal excréteur, dans les formes catarrhales survenant chez des sujets résistants, dans les parotidites d'origine canaliculaire où la suppuration est primitivement intra-acineuse, ne saurait convenir aux cas où l'on peut invoquer une infection par voie sanguine où le pus se collecte dans le tissu conjonctif interlobulaire (parotidites interstitielles).

De plus, en présence d'une suppuration diffuse, ces procédés de douceur sont insuffisants. Il faut donner issue le plus rapidement, le plus complètement possible aux produits septiques accumulés dans la loge parotidienne.

Généralement l'opérateur procède ainsi : sur la partie la plus saillante de la tuméfaction, au point où la fluctuation semble la plus nette, il trace verticalement une longue incision qui passe à une faible distance du tragus et du lobule de l'oreille. Lorsque la peau et l'aponévrose sont sectionnées, on substitue au bistouri la sonde cannelée qui dissocie le parenchyme glandulaire et creuse des puits d'exploration pouvant servir à l'évacuation du pus. Les lavages ne paraissent pas d'une grande utilité, sauf toutefois en cas de suppuration très fétide à odeur gangréneuse. L'eau oxygénée est alors tout indiquée.

Cette technique répond à l'indication principale ; et quand le cas n'est pas trop grave, quand l'infection générale laisse quelque crédit à l'organisme, on voit la guérison survenir après élimination plus ou moins lente des parties mortifiées. La cicatrice opératoire est moins étendue qu'on ne pourrait le supposer au moment de l'intervention. Néanmoins, cette cicatrice en plein visage ne peut qu'être très apparente. Ce n'est pas le seul reproche qu'on puisse faire à cette incision classique. Elle ne permet d'atteindre qu'une étendue restreinte de la glande infectée ; le drainage ne s'effectue pas dans des conditions idéales, il est difficile de l'établir en déclivité parfaite.

Pour ces diverses raisons, Morestin a mis en pratique une autre technique qui nous paraît plus logique et bien préférable.

L'incision qu'il conseille est basse, rétro-parotidienne, plus cervicale que faciale. Elle commence derrière l'oreille dans le sillon auriculo-mastoïdien, se porte en bas et en avant pour se terminer à la limite de la région sous-maxillaire après avoir contourné la tuméfaction parotidienne. Cette incision, suivant les termes propres de Morestin « livre entièrement la glande infectée et permet d'inciser, de tunnéliser et de drainer méthodiquement toutes ses parties sans que l'on ait rien à redouter des organes dangereux ».

Les complications dues le plus souvent à une intervention tardive nécessitent toute l'attention du chirurgien. Les hémorragies dans les formes gangréneuses seront combattues par le tamponnement, souvent inefficace ; dans la majorité des cas, il faudra recourir à la ligature

de la carotide. Les fusées purulentes seront débridées et drainées.

Le traitement général, qu'il est de rigueur d'instituer dans tout état infectieux, ajoutera son action bienfaisante et permettra au médecin d'attendre l'issue de la maladie avec la certitude du devoir accompli.

Observations

OBSV. I

(De Cereuville, Société Vaudoise de Médecine 1892)

Perityphlite paraissant guérie, quand il se produisit une inflammation des deux parotides, suivie de la formation d'un abcès qui fusa dans la région du larynx et nécessita la trachéotomie.

OBSV. II

(Routier, Soc. de chirurgie 1895)

Jeune homme atteint d'appendicite pour laquelle on se tient prêt à intervenir, mais les symptômes abdominaux s'amendent; on croit à la guérison. Une semaine après, le Docteur Routier est appelé pour ouvrir une parotidite suppurée. Un mois plus tard, le malade rejette, par vomique, une grande quantité de pus à odeur stercorale venant de la fosse iliaque droite. Guérison.

OBSV. III

(Roux, in thèse Piard, 1896)

Appendicite compliquée de péritonite. Laparatomie.

Le deuxième jour qui suit cette intervention, pneumonie droite. Les quatrième et sixième jours, apparition de deux phlegmons parotidiens. Puis symptômes méningitiques. Mort.

Autopsie. — Méningite de la base, abcès situé derrière le chiasma des nerfs optiques. Le pus de l'abcès parotidien et celui de l'abcès appendiculaire contenaient tous les deux du streptocoque.

Le pus de l'abcès cérébral ne fut pas examiné.

OBSV. IV

(Paul Claisse, Société médic. hôpitaux 1899)

Fillette de onze ans, prise le 13 février d'une appendicite extrêmement grave. Traitement médical. La réaction péritonéale s'atténue. La malade se plaint d'une soif ardente, bouche sèche, légères stomatite et gingivite. Le dixième jour, gonflement diffus de la région parotidienne droite. Par le canal de Sténon on fait sourdre quelques gouttes de pus crémeux dont l'ensemencement sur agar donne une culture pure de staphylocoques dorés. La tuméfaction parotidienne augmentant, on pratique, le 28 février, une incision ; il s'écoule une quantité abondante de pus crémeux. Guérison rapide. Quelques semaines après, on enlève l'appendice.

OBSV. V

(Broca, *Soc. de chirurgie*, Mai 1903)

Homme de 48 ans, pris en décembre 1901 d'une appendicite avec infection générale très grave. Ce malade, qui ne fut pas opéré, présenta une parotidite double qui se vida spontanément par le canal de Sténon, un ictère avec gonflement du foie et une néphrite avec albuminurie. Puis, phlébite double occasionnant, par suite d'une mobilisation trop précoce, une embolie pulmonaire grave. Guérison.

OBSV. VI

(Reboul, *Société chir.* 1903)

Malade âgée de 30 ans, présentant le 11 avril tous les symptômes d'une appendice aiguë. La fosse iliaque droite est le siège d'une tuméfaction diffuse, presque fluctuante. Intervention pratiquée le 12 avril. Abscessus appendiculaire contenant un pus rougâtre, gazeux. Le 16 avril, alors que l'état général s'était amélioré, il se produit une élévation de la température et la malade se plaint de douleurs dans la région parotidienne droite. Le lendemain, tuméfaction générale de la glande, douleurs spontanées et provoquées ; gêne de la mastication, dysphagie.

Traitement. Pansements humides fréquemment renouvelés et lavages de la bouche à l'eau oxygénée. Le 20, diminution notable de la tuméfaction, amélioration rapide de l'état général.

OBSV. VII

(Peraire, *Société Anatomique*, Novembre 1904)

Le Docteur Peraire présente les débris d'un appendice spha-

celé provenant d'un garçon de 15 ans, opéré au dixième jour d'une péritonite appendiculaire. Le facies du malade était ter-
reux ; peau sèche, langue rôtie, épistaxis, saignement des gen-
cives, vomissements, pouls misérable, temp. entre 39° et 40°. Antérieurement à l'opération, le malade avait présenté une pa-
rotidite droite. Guérison.

OBSV. VIII

(Bunts, *American Journal of the medical sciences* 1904, n° 5
in *Gaz. hôp.* 1904)

Homme de 29 ans, présentant tous les symptômes d'une crise d'appendicite aiguë à forme grave. Il refusa toute intervention. Une tuméfaction assez volumineuse se forma dans l'abdomen. Au bout d'une semaine, les symptômes s'amendèrent ; mais la langue demeurait sèche. La parotide droite devenait à ce mo-
ment douloureuse ; puis la glande s'enflamma et ne tarda pas à suppurer. La parotide gauche se prit à son tour et dut être incisée. Le plastron abdominal disparut progressivement et un mois et demi après le début des accidents, le malade était sur pied.

OBSV. IX

(Bunts, *Am. Journal of the med. sc.* 1904)

Homme de 29 ans, qui pour la cinquième fois depuis un an avait une crise d'appendicite. L'intervention montra un appen-
dice gangrené au milieu d'une collection purulente abondante.
— Neuf jours après, une parotidite droite se déclara. Le pus fut évacué par une incision. Trois jours après, la parotide gau-

che présenta un gonflement volumineux qui disparut sans suppuration. — L'abcès appendiculaire contenait du bactérium coli et l'abcès parotidien du staphylocoque doré.

OBSV. X

(Bunts, *American Journ. of the med. sc.* 1903)

Femme de 62 ans, ayant une crise d'appendicite et présentant un empâtement marqué de la fosse iliaque droite, eut une parotidite gauche qui, après incision, donna naissance à un pus très épais. Puis, seconde poussée fébrile coïncidant avec l'apparition d'une parotidite droite. Cette fois, il n'y eut pas suppuration et la mort survint au bout de peu de temps par infection généralisée et affaiblissement progressif.

OBSV. XI

(Schwartz, in *Thèse Bossert, Paris* 1903)

Femme de 45 ans. Appendicite aiguë le 23 juillet, suivie d'ictère toxi-infectieux. Appendicectomie; un peu de liquide séreux dans la cavité péritonéale. L'ictère continue à évoluer et, quelques jours après, parotidite aiguë. La pression du canal de Sténon ne fait pas sourdre de pus. Incision de l'abcès parotidien; pas de pus collecté; il s'écoule seulement une sérosité rougeâtre rappelant celle d'une angine de Ludwig. Les jours suivants, la plaie suppure abondamment et la guérison survient. Facial indemne.

OBSV. XII

(Schwartz, in thèse Bossert, Paris 1903)

Garçon six ans, présentant une appendicite avec péritonite généralisée. Trois jours après, tuméfaction douloureuse région parotidienne droite. Pas de rougeur de la peau. Trismus et dysphagie. Sous l'influence du traitement consistant en lavages de bouche avec un gargarisme à la résorcine à 2,5 % et en application de glace sur la parotide malade, la formation d'un phlegmon a pu être conjurée et au bout de cinq jours tout danger était écarté.

OBSV. XIII

(In thèse Pellé, Bordeaux 1906)

Fillette onze ans, présentant une péritonite en voie de généralisation, d'origine appendiculaire. Opération immédiate. Abscess volumineux collecté dans le petit bassin, mais non enkysté. L'état général s'aggravant, deuxième intervention. On incise une nouvelle collection purulente d'où sort un pus abondant à odeur infecte. L'examen bactériologique y révèle la présence de colibacille. Quelques jours après, tuméfaction des deux parotides. Douleurs, trismus, dysphagie. La parotide droite devient le siège d'une tuméfaction manifeste. L'incision fut pratiquée et donna issue à du pus contenant du staphylocoque. Guérison.

OBSV. XIV

(Douriez, *Echo Médical du Nord*, Août 1906)

Homme de 50 ans, présentant dans les premiers jours de

février 1902 tous les signes d'une appendicite grave. Traitement médical. L'état général reste précaire; teint terreux, langue très saburrale, dents couvertes de tartre, bouche sèche, fuliginosités, haleine fétide.

Opération le 16 février. Appendicectomie; drainage d'un abcès péri-appendiculaire.

Le 22, gonflement marqué de la région parotidienne gauche; empatement considérable, œdème palpébral.

Le 23, incision de cette parotidite; il s'écoule une sérosité louche. La plaie abdominale continue à suppurer abondamment. L'état général se relève et la guérison survient au bout d'une quinzaine de jours.

OBSV. XV

(*Douriez, Echo Médical du Nord, Août 1906*)

Jeune homme de 14 ans, pris brusquement le 25 décembre, d'une crise d'appendicite aiguë. Les symptômes s'amendent sous l'influence du traitement médical; mais le 31, nouvelle crise plus grave. Le 2 janvier, intervention du chirurgien qui incise un abcès iliaque et résèque l'appendice. Injections sérum artificiel.

Le 9 janvier, sans élévation thermique nouvelle, apparition d'une tuméfaction parotidienne gauche. Lavages de la bouche à l'eau naphtolée, pansements humides. Sous l'influence de ce traitement simple, la parotidite rétrocede en une dizaine de jours sans avoir jamais suppuré.

OBSV. XVI (inédite)

(due à l'obligeance du D^r Joüon)

M^{me} X..., 30 ans, d'une santé délicate, est prise subitement, le 4 mai 1923, de douleurs abdominales violentes avec vomissements bilieux. Le D^r Bonamy qui la soigne appelle en consultation le D^r Grosse qui porte le diagnostic de pelvi-péritonite. Les douleurs, d'abord diffuses, se localisent bientôt dans la fosse iliaque droite. Le D^r Joüon voit la malade le 6 mai; la température est de 38°,7, la douleur bien nette au point de Mac-Burney. Une accalmie s'étant produite les jours suivants du fait de l'application continue de glace sur le ventre avec diète absolue, on décide d'attendre. Le professeur Emile Bureau, appelé le 13 mai en consultation, confirme le diagnostic d'appendicite à marche subaiguë. Les douleurs s'étant réveillées, l'opération est pratiquée le 16 mai. On trouve un appendice court, adhérent, avec épiploïte. Pas de péritonite. Ablation de l'appendice malade et de l'épiploon enflammé. Les suites opératoires sont d'abord normales. Rien du côté de l'abdomen.

Le 20 mai, la malade se plaint de souffrir dans le côté droit du cou, un peu vers la nuque. On remarque une constriction assez marquée des mâchoires. La température s'élève rapidement à 39°, puis 40°, en même temps qu'apparaît une tuméfaction phlegmoneuse de la région parotidienne droite avec œdème de la face qui gagne les paupières; la malade ne peut ouvrir l'œil droit. La dysphagie est très marquée, la constriction des mâchoires très prononcée. Le 23 mai, sous chloroforme, on incise au point le plus douloureux, vers l'angle du maxillaire inférieur. Sur les conseils du professeur Emile Bureau, l'incision est élargie le 24 mai du côté de la face; l'aponévrose parotidienne très tendue est bien débridée. On voit sourdre quelques gouttes d'un pus très épais. Grands enveloppements humides; injections de propidon.

A partir du 26, l'œdème de la face diminue, la suppuration s'établit assez franche vers l'angle du maxillaire. Des douleurs

assez vives se manifestent du côté de l'oreille externe, montrant la participation du cartilage à l'inflammation. La dysphagie disparaît assez rapidement; mais la constriction des mâchoires ne cède que peu à peu. A noter qu'on ne vit jamais dans cette forme de parotidite phlégmoneuse sourdre du pus par le canal de Sténon. Le Dr Rey, appelé à examiner plusieurs fois la malade à ce point de vue, nota seulement un gonflement œdémateux à ce niveau. Les complications du côté de l'oreille externe nécessitèrent des pansements soigneux jusque vers le 15 juin. L'état général s'améliora alors rapidement, surtout dès que la malade put s'alimenter. Elle guérit avec une cicatrice pré-auriculaire peu apparente, sans aucune lésion du facial bien entendu. La liberté absolue des mouvements du maxillaire inférieur ne fut acquise que vers la mi-juillet. Du côté abdominal, comme nous l'avons dit, les suites opératoires furent parfaites, contrastant avec l'infection parotidienne si aiguë qui faillit mettre en danger la vie de la malade.

Obsv. XVII (inédite)

(recueillie dans le service du Dr Joüon, Hôtel-Dieu de Nantes)

M. X..., âgé de 10 ans, entre le 17 mai 1923 à l'Hôtel-Dieu avec le diagnostic d'appendicite. La crise date de la veille; crise aiguë avec tableau appendiculaire très net. Pouls fréquent, mais bien frappé, pas d'élévation notable de la température. Le chirurgien de garde décide d'opérer le petit malade.

Anesthésie au chloroforme. Appendice coudé, rétréci à sa partie moyenne, aucune trace de péritonite. Ablation de l'appendice, fermeture de la plaie opératoire sans drainage.

Nuit bonne; le lendemain matin, température 37°2, pouls 110 bien frappé. Tout se passe très bien pendant cinq jours, à telle enseigne que l'on pouvait considérer le malade comme hors de danger. Soudain, le septième jour au matin, élévation de tem-

pérature avec pouls assez rapide. La plaie abdominale que l'on examine soigneusement ne présente rien d'anormal. Le lendemain, l'enfant se plaint de douleurs abdominales; il existe au niveau de l'incision une suppuration qui semble superficielle. L'Interne désunit la plaie et place un petit drain.

Le dimanche, dixième jour après l'opération, le petit malade présente une tuméfaction de la région parotidienne droite. Cette tuméfaction est apparue dans la nuit; la veille, à la contre-visite, l'Interne du service n'avait rien remarqué d'anormal. La température reste peu élevée et oscille entre 37°6 et 37°8. Pouls à 100. Le mardi matin, on fait sourdre quelques gouttes de pus par l'orifice du canal de Sténon. Ce pus, examiné par le Dr Ballet, professeur de bactériologie à l'Ecole de Médecine, contenait du staphylocoque pur. Le Dr Ballet prépare aussitôt un auto-vaccin, dont on n'eut pas le temps de se servir. Subitement, en effet, le mardi après-midi, l'enfant, qui jusque-là avait conservé un état général satisfaisant, fut pris d'abondants vomissements noirs à odeur fécaloïde, simulant un « vomito negro ». Le facies s'était subitement altéré; le pouls était remonté à 130.

A 5 h. 30, il fut opéré d'urgence par le Dr Joüon. La plaie fut complètement désunie; il s'écoula un pus très abondant, d'une fétidité extrême. Drainage.

Toute la thérapeutique pratiquée en pareil cas fut employée : injections répétées de sérum glucosé, huile camphrée, spartéine... Malheureusement, le petit malade succomba dans la nuit, emporté par cette péritonite tardive.

L'autopsie n'a pas été faite.

Conclusions

— La Parotidite, résultat d'une infection microbienne de la glande parotide, peut venir compliquer l'évolution d'une appendicite aiguë. Elle rentre dans la catégorie des abcès lointains, ne paraissant pas de primé abord se rattacher à l'appendice malade.

— Au point de vue pathogénique, aucune des théories émises n'englobe la totalité des faits.

Dans la majorité des cas, l'infection se fait par voie ascendante, encore appelée voie canaliculaire.

L'équilibre microbien physiologique existant entre la glande parotide et la cavité buccale toujours septique, est rompu parce que :

- 1° La virulence des microbes de la bouche est exaltée ;
- 2° Les moyens de défense de la glande se trouvent en défaut ;
- 3° La déchéance de l'organisme, imputable à l'infection appendiculaire, crée au niveau de la parotide un état de moindre résistance.

— L'infection de la glande par voie sanguine (voie descendante) plus rare doit être admise comme indiscutable dans quelques cas.

— Les germes les plus habituellement en cause sont les staphylocoques et les streptocoques.

— Au point de vue clinique on peut distinguer trois formes suivant la gravité des lésions :

- a) Une forme catarrhale ou inflammatoire simple ;
- b) Une forme suppurée ;
- c) Une forme gangréneuse.

La plus fréquemment observée est la forme suppurée.

— La Parotidite n'aggrave pas sensiblement l'état du malade ; le pronostic reste sous la dépendance de l'appendicite.

— Le traitement peut être prophylactique :

Application systématique d'une hygiène sévère de la bouche.

Une fois la parotidite déclarée, on peut recourir à :

1° L'expression et le massage de la glande pour évacuer le pus par le canal de Sténon. Ce traitement de douceur sera souvent insuffisant.

2° L'intervention précoce au bistouri qui sera la méthode de choix et évitera l'apparition de complications locales parfois redoutables.

Vu, le Doyen, *Vu, le Président,*

ROGER. *PIERRE DUVAL.*

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

Bibliographie

- BROCA. — Soc. chirurgie, 1903, t. 29, page 528.
- BENOIT. — Thèse Paris, 1902 : Parotidites après ovariectomie.
- BILLON. — *Marseille Médical*, juin 1910.
- BUNTS. — *American Journal of the medical sciences*, 1904, n° 5, in *Gazette hôpitaux*, 1904 : Parotidite et appendicite.
- BOSSERT. — Thèse Paris, 1903 : Parotidites infectieuses.
- BEETHAM ROBINSON. — Société Royale de Médecine de Londres, 28 avril 1899, in *Gazette hebdomadaire médecine et chirurgie*, 1899.
- BUCKNALL. — Parotidites post-opér., in *Presse Médicale*, 1904.
- BÉRARD ET VIGNARD. — Appendicite, étude clinique et critique.
- CLAISSE ET DUPRÉ. — Les infections salivaires, *Archives de Médecine expérimentale*, 1894.
- Compendium de Chirurgie, tome III.
- Société Anatomique Paris, 1894.
- CLAISSE (PAUL). — Société méd. des hôp., 1899, t. 16, page 976.
- CONDAMIN. — Société chirurgie Lyon, 1903.
- DIAZ. — Thèse Paris, 1893.
- DELBET. — Société chirurgie, 1907.
- DOURIEZ. — *Echo Médical du Nord*, 12 août 1906 : Localisations parotidiennes de l'appendicite.
- DIEULAFOY. — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, 1901-1902.
- DUPLAY. — Traité pathologie externe.
- DYBALL. — *Annals of Surgery*, 1904, n° 144, in *Presse Médicale*, 1905, p. 96.
- GIRODE. — Société de biologie, 1894.

- GUENÉAU DE MUSSY. — Cliniques médicales, t. II.
- GUINER. — Parotidites dans les états cachectiques, Thèse Paris, 1903.
- GUILLERME. — Thèse Paris, 1908 : Contribution à l'étude des parotidites au cours de la fièvre typhoïde.
- JACOB. — Thèse, Paris, 1893 : Contribution à l'étude de l'appendicite.
- LEGUEU. — *Bulletins Société de Chirurgie*, octobre 1907.
- LABAT. — Parotidites post-opératoires, Thèse Bordeaux, 1911.
- MERCADÉ. — La période post-opératoire : soins, suites, accidents.
- MOREL. — Thèse Paris, 1907 : Parotidites post-opératoires.
- MORESTIN. — *Bulletins Société Chirurgie*, 1907; *Gazette des Hôpitaux*, 1913, p. 1391.
- LAPEYRE. — Société chirurgie, 1901.
- PELLÉ. — Thèse Bordeaux, 1907.
- PIARD. — Thèse Paris, 1896 : Suppurations à distance dans l'appendicite.
- POTHERAT. — *Bulletins Société Chir.*, 1907.
- PICQUÉ. — *Bulletins Société Chir.*, 1907.
- REBOUL. — Société chirurgie, 1903, séance du 3 juin.
- REYNIER. — *Bulletins de la Société de Chirurgie*, 1907.
- ROUTIER. — Soc. de chirurgie, 17 juillet 1895.
- SABRAZÈS ET FAGUET. — Parotidite d'origine embolique, *Gazette Hôpitaux*, 1894, p. 1036.
- SOUBEYRAN ET RIVES. — Les parotidites post-opératoires, *Gazette des Hôpitaux*, 1908; *Archives générales de Chirurgie*, n° 4.
- WEILL (PIERRE-ÉMILE). — *Bulletins Société Méd. des Hôpitaux*, 1915 et 1922.

